

## ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.366-003.7+616.94:616.36-002.3

© Я. Г. КОЛКИН, В. В. ХАЦКО, А. Д. ШАТАЛОВ, В. А. ЕПИФАНЦЕВ, В. В. ПОТАПОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Билиарный сепсис при холедохолитиазе**

YA. H. KOLKIN, V. V. KHATSKO, A. D. SHATALOV, V. A. EPIFANTSEV, V. V. POTAPOV

Donetsk National Medical University by M. Horkyi

**BILIARY SEPSIS AT CHOLEDOLITHIASIS**

С каждым годом увеличивается количество больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Острый холангит (ОХ) возникает у 4,2–36,5 % пациентов с холедохолитиазом (ХДЛ) на фоне обструкции и стаза желчи. В настоящее время ОХ приобретает статус не осложнения, а самостоятельной проблемы. Он характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, быстро приводящими к тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной органной дисфункции. Тяжесть морфологических и клинических проявлений холангита и билиарного сепсиса (БС) весьма разнообразна. Послеоперационная летальность у таких больных составляет 8–67 %. Не все вопросы этой патологии решены окончательно.

*Цель работы:* уточнить клинико-диагностические критерии билиарного сепсиса, обусловленного холедохолитиазом для разработки оптимальной тактики лечения и улучшения результатов.

За 12 лет в клинике оперированы 978 больных с холедохолитиазом. В 90 (9,2 %) случаях выявлен билиарный сепсис. Среди пациентов были 61 женщина и 29 мужчин в возрасте от 32 до 80 лет. Острый калькулезный холецистит был в 23 % случаев, хронический калькулезный холецистит – в 72,4 %, резидуальный холедохолитиаз – в 4,6 %.

Диагноз БС ставили на основании клинико-лабораторных данных, бактериологического исследования желчи и крови, УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, чрескожной чреспеченочной холангиографии, фиброхолангиоскопии. Для оценки тяжести состояния больных применяли модифицированную шкалу АРАСНЕ II.

В клинической картине билиарного сепсиса наблюдали симптомы общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые при неадекватном или поздно начатом лечении привели к развитию полиорганной недостаточности у 8

(8,8 %) больных. В 33,4 % случаях лейкоцитоз превышал  $15,2 \times 10^9/\text{л}$ . Крайне тяжелое состояние соответствовало по модифицированной шкале АРАСНЕ II 20 и более баллам.

О холестатическом синдроме свидетельствовали повышение активности щелочной фосфатазы в 1,9 раза, прямого билирубина – в 9,6 раза, активности АсАТ и АлАТ (в 2,2 и 2,4 раза соответственно).

Для диагностики тяжелого БС и билиарного септического шока мы учитывали: наличие клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции; развитие синдрома полиорганной недостаточности; значение по модифицированной шкале АРАСНЕ II более 10 баллов; ультразвуковые признаки билиарной гипертензии; воспалительные изменения в магистральных желчевыводящих протоках; гипербилирубинемия более 24 мкмоль/л; уровень прокальцитонина в плазме более 5,9 нг/мл.

Бактериологическое исследование протоковой желчи, полученной интраоперационно и эндоскопически, выявило наличие бактериохолмии у 94,6 % обследованных. Наиболее часто выявляли *E. Coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* в виде монокультуры, либо в виде смешанной инфекции (74,6 %), более всего в сочетании с золотистым стафилококком. Изученные штаммы были наиболее чувствительны к цефалоспорином III–IV поколений и карбапенемам.

У больных с БС и обтурационной желтухой основное значение придавали активной хирургической тактике, приоритетному применению миниинвазивных технологий в сочетании с интенсивной инфузионной и антибиотикотерапией. В клинике выполнены следующие операции: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием (НБД), с последующей ЛХЭ через 5–7 дней – у 37 (41,1 %) пациентов; ЭПСТ с литоэкстракцией и промыванием холедоха антисептическими растворами, с последующей ЛХЭ через 5–7 дней – у 18 (20 %); ЛХЭ, удаление конкрементов из холедоха через культю

пузырного протока, холедохостомия по Холстедту – у 13 (14,5 %); чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) при высоком риске – у 7 (7,8 %); ранняя лапаротомия, ХЭ, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Холстедту или Вишневскому – у 15 (16,6 %).

В 52 (57,7 %) случаях хороший эффект показал разработанный в клинике “Способ лечения острого обтурационного холангита” (патент № 30307 от 25.02.2008 г.), с применением общей и местной озонотерапии. Важное значение в лечении БС придавали также гемодинамической и респираторной поддержке, дезинтоксикации с применением эфферентных методов (гемосорбция, плазмаферез), рациональной антибиотикотерапии, иммунокоррекции, антиоксидантам, витаминотерапии.

Умерли 8 (8,8 %) из 90 больных вследствие нарастания явлений сепсиса и полиорганной недо-

статочности, из них 4 (5,3 %) – после применения миниинвазивных и 4 (26,6 %) – после открытых оперативных вмешательств. За последние 12 лет летальность уменьшилась на 16,2 %.

*Выводы.* Холедохолитиаз является основным этиологическим фактором развития острого холангита и БС. Применение современных эндоскопических методов лечения острого холангита и БС, в сочетании с общей и местной озонотерапией, адекватной антибактериальной терапией является эффективным лечебно-диагностическим комплексом, позволяющим значительно улучшить результаты.

В перспективе необходимо определять более точные маркеры билиарного сепсиса на ранней стадии, совершенствовать способы эндоскопической хирургии и дезинтоксикационного лечения.

Получено 24.01.13